



**Zahnarztpraxis**  
Dr. med. dent. Christoph Schilp,  
Susanne Volz, Franziska Muscheid



www.zahnarzt-schilp.de

**Praxis Sontra**  
Göttinger Straße 3  
36205 Sontra  
Tel. 05653 914 311  
sontra@zahnarzt-schilp.de

**Praxis Herleshausen**  
Bahnhofstraße 13  
37293 Herleshausen  
Tel. 05654 923 48 00  
herleshausen@zahnarzt-schilp.de

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung** für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 7 DSGVO (Muster)

Praxisstempel

## Unser Recall-System

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den halbjährlichen Zahnarztbesuch? Dann dürfen wir Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns oder unsere Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

**Patient/in:**

Name

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service per Brief teilzunehmen. Dafür stimme ich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum, Unterschrift des Patienten

(ggf. Erziehungsberechtigte Person oder betreuende Person (rechtlicher Vertreter))